IX kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **KOMISJI OBRONY NARODOWEJ (NR 93)**
- **KOMISJI ZDROWIA (NR 206)**

z dnia 27 października 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Obrony Narodowej (nr 93)

Komisji Zdrowia (nr 206)

27 października 2022 r.

Komisje: Obrony Narodowej oraz Zdrowia, obradujące pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji Zdrowia, oraz posła **Michała Jacha (PiS)**, przewodniczącego Komisji Obrony Narodowej, rozpatrzyły:

– informację na temat funkcjonowania wojskowej służby zdrowia. Stan obecny, planowany wzrost gotowości i strategia rozwoju.

W posiedzeniu udział wzięli: **Michał Wiśniewski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej wraz ze współpracownikami, **Agnieszka Tuderek-Kuleta** dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa Ministerstwa Zdrowia, **Andrzej Zygmunt** p.o. wicedyrektor Departamentu Obrony Narodowej Najwyższej Izby Kontroli, płk. **Sławomir Kita** przedstawiciel Departamentu Zwierzchnictwa nad Siłami Zbrojnymi w Biurze Bezpieczeństwa Narodowego oraz gen. dyw. **Sławomir Owczarek** inspektor rodzajów wojsk Dowództwa Generalnego Rodzajów Sił Zbrojnych wraz ze współpracownikiem.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański**, **Kamil Strzępek** i **Jacek Zientarski** – z sekretariatów Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie na posiedzeniu dwóch połączonych Komisji Zdrowia i Komisji Obrony Narodowej. Witam bardzo serdecznie panie i panów posłów. Witam pana ministra wraz ze współpracownikami. Witam przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zaproszonych gości.

Szanowni państwo, dzisiejszy temat posiedzenia, porządek dzienny wynika z planu pracy. Jest to rozpatrzenie informacji na temat funkcjonowania wojskowej służby zdrowia, stan obecny, planowany wzrost gotowości i strategia rozwoju. Czy są uwagi do porządku dziennego? Nie widzę. Zatem stwierdzam, że porządek dzienny został przyjęty. Stwierdzam kworum.

Oddaję głos panu ministrowi. Proszę uprzejmie o wprowadzenie w temat. Proszę bardzo.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej Michał Wiśniewski:

Szanowni panowie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, ode mnie kilka zdań wstępu. Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, potem przekażę głos pani dyrektor Aurelii Ostrowskiej, która przedstawi państwu bardzo obszerną prezentację.

Gwoli wprowadzenia wojskowa służba zdrowia realizuje zadania związane z zabezpieczeniem medycznym Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej na terenie kraju w czasie pokoju, kryzysu i wojny, jak również w miejscach poza jego granicami, także wojsk sojuszniczych i ich personelu cywilnego przebywającego na terenie naszego kraju. System wojskowej służby zdrowia stanowi zbiór wielu obszarów oraz funkcji medycznych. Ma charakter regulowany, co wynika z wymogu przestrzegania prawa międzynarodowego, krajowego, umów i zobowiązań sojuszniczych, jak również zapisów doktryn NATO. Niejednokrotnie generuje to konieczność funkcjonowania naszej służby zdrowia pomiędzy przepisami cywilnymi a regulacjami stricte wojskowymi, co jest szczególnie widoczne w działaniach operacyjnych i reagowaniu kryzysowym. Fakt ten stanowi jednoznaczne wskazanie, aby uwzględniać w przepisach prawa krajowego odrębne regulacje zapewniające skuteczność działania wojskowej służby zdrowia we wszystkich uwarunko-

waniach, co jest niezmiernie istotne, zwłaszcza w kontekście dzisiejszej sytuacji geopolitycznej spowodowanej wywołaną przez Rosję agresją na Ukrainę.

W ramach działań legislacyjnych, które znalazły odzwierciedlenie w ustawie z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, udało się wdrożyć pozytywne dla Wojska Polskiego rozwiązania z obszaru medycznego, polegające na zwiększeniu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej dla żołnierzy w oparciu o podmioty lecznicze nadzorowane przez ministra obrony narodowej. Są to przede wszystkim wprowadzenie na bazie szpitali Ministerstwa Obrony Narodowej systemu bezkolejkowego oraz świadczenia „Zdrowy pilot" dla żołnierzy na stanowiskach o szczególnych wymaganiach zdrowotnych typu skoczek, nurek i dla żołnierzy wojsk specjalnych. W ramach kluczowego dla bezpieczeństwa militarnego Polski wzmocnienia ściany wschodniej planowane są również prace związane z tworzeniem nowych jednostek wojskowej służby zdrowia oraz wzmocnienia zasobów jednostek organizacyjnych realizujących zadania nadzoru sanitarno-epidemiologicznego na rzecz jednostek wojskowych stacjonujących we wschodniej części naszego kraju.

Jeżeli panowie przewodniczący pozwolą, w tym miejscu pozwolę sobie przekazać głos pani dyrektor Aurelii Ostrowskiej, która jak wspomniałem na samym początku, przedstawi bardzo obszerną prezentację na temat funkcjonowania wojskowej służby zdrowia w tym jej stan obecny, stan do realizacji, planowany wzrost gotowości oraz główne kierunki rozwoju.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Oczywiście znamy panią dyrektor jaka eksperta, tak że z przyjemnością posłuchamy wystąpienia. Dziękuję bardzo.

Dyrektor Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej Aurelia Ostrowska:

Szanowni państwo, Departament Wojskowej Służby Zdrowia w imieniu ministra obrony narodowej sprawuje nadzór nad 110 jednostkami organizacyjnymi funkcjonującymi na obszarze ośmiu obwodów profilaktyczno-leczniczych. Polska podzielona jest na osiem tych obwodów. Na czele każdego obwodu jest jeden główny szpital, który zarządza tym obwodem. 110 jednostek organizacyjnych to trzy instytuty badawcze: Wojskowy Instytut Medyczny, Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej i Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii, 45 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym cztery szpitale kliniczne we Wrocławiu, Bydgoszczy, Krakowie i Lublinie, siedem szpitali w Szczecinie, Żarach, Wałczu, Gdańsku, Dęblinie, Helu i Opolu oraz filia WIM-u w Legionowie, to również filia 1. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Ełku i filia 105. Kresowego Szpitala Wojskowego w Żaganiu, cztery szpitale uzdrowiskowo-rehabilitacyjne w Ciechocinku, Busku Zdroju, Krynicy i w Lądku Zdroju, 29 przychodni lekarskich, osiem stacji krwiodawstwa i krwiolecznictwa, przy czym centralna stacja znajduje się w Warszawie i siedem stacji terenowych umiejscowionych w Gdańsku, Ełku, Bydgoszczy, Wrocławiu, Szczecinie, Lublinie i Krakowie.

W imieniu ministra obrony narodowej Departament Wojskowej Służby Zdrowia sprawuje również nadzór nad 15 komisjami lekarskimi, które są zlokalizowane w: Bydgoszczy, Ełku, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Szczecinie, trzy w Warszawie, Wrocławiu, Legionowie, Poznaniu, Żaganiu, Gdańsku, pięcioma wojskowymi ośrodkami medycyny prewencyjnej, które są w: Gdyni, Bydgoszczy, Modlinie, Wrocławiu i Krakowie. Od razu powiem, że WOMP są w wojsku odpowiednikiem służb cywilnej inspekcji sanitarnej. Mamy również 14 konsultantów krajowych w dziedzinie obronności i 17 konsultantów wojskowej służby zdrowia.

Do najistotniejszych zrealizowanych zadań inwestycyjnych, które mają wpływ na zbudowanie potencjału i jego zwiększenie, jeśli chodzi o zdolności operacyjne wojskowej służby zdrowia, należy zaliczyć rozbudowę budynku nr 5 i utworzenie oddziału chirurgii ogólnej w 105. Kresowym Szpitalu Wojskowym w Żarach – zadanie zakończone w 2020 r. przy udziale dotacji MON w kwocie 27 mln zł. Kolejne to jest przebudowa i modernizacja budynku nr 10 mieszczącego oddział chorób zakaźnych oraz oddział chorób płuc w 5. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Krakowie – zadanie zakończone w 2021 r. przy udziale dotacji MON w kwocie ponad 26 mln zł oraz budowa szpitala

w Legionowie – rozbudowa i wzmocnienie potencjału leczniczego Wojskowego Instytutu Medycznego w zakresie działalności leczniczej realizowanej w miejscowości Legionowo. Otwarcie szpitala miało miejsce 21 stycznia bieżącego roku. Inwestycja została w całości sfinansowana ze środków Ministerstwa Obrony Narodowej w kwocie ponad 157 mln zł.

Planowana jest realizacja kolejnych zadań inwestycyjnych w celu dalszego zwiększenia potencjału i zdolności operacyjnych wojskowej służby zdrowia. Do tych zadań inwestycyjnych należy budowa budynku szpitala dla potrzeb bloku operacyjnego oddziałów szpitalnych, zaplecza diagnostyczno-laboratoryjnego i rehabilitacji w 5. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Krakowie. Zakończenie zadania jest planowane na 2026 r., natomiast planowana wartość dofinansowania z budżetu ministra obrony narodowej to kwota ponad 447 mln zł. Kolejne zadanie to rozbudowa izby przyjęć w 116. Szpitalu Wojskowym w Opolu. Planowana wartość dofinansowania z budżetu MON-u to kwota 60 mln zł. Zakończenie zadania jest planowane na 2026 r.

Planujemy również budowę budynku kwarantannowego z zapleczem medycznym dla żołnierzy Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej powracających z misji oraz żołnierzy Sił Sojuszniczych w Wojskowym Ośrodku Medycyny Prewencyjnej w Modlinie, budowę nowej siedziby dla Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie i utworzenie Szpitala Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnego na północy kraju. Zaplecze uzdrowiskowo-sanatoryjne, które mamy, jest zlokalizowane na południu i w centralnej Polsce. Chcielibyśmy utworzyć szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny na północy kraju po to, aby był większy dostęp szczególnie dla tych wszystkich pacjentów, którzy nie mogą jechać w te obszary, w których już mamy nasze szpitale. Kolejne zadanie inwestycyjne to utworzenie ośrodka leczenia uzależnień.

Zwiększyliśmy liczbę oddziałów zakaźnych z dwóch do czterech, a także wzmocniliśmy ich potencjał poprzez doposprzętowienie w takich podmiotach jak Wojskowy Instytut Medyczny, 107. Wojskowy Szpital w Wałczu, 105. Kresowy Szpital Wojskowy w Żarach, filia w Żaganiu, w którym utworzyliśmy nowy oddział. Utworzyliśmy nowy oddział również w 5. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Krakowie. Planujemy również w najbliższym czasie utworzenie kolejnych rejonowych Wojskowych Komisji Lekarskich w takich miejscowościach jak Rzeszów, Olsztyn, Białystok i Siedlce.

Obecnie również kształcimy kadry medyczne. Mówimy tutaj o kierunku, na którym kształcimy lekarzy wojskowych. To kształcenie odbywa się na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Od roku 2018 zwiększamy systematycznie liczbę studentów. W 2018 r. zwiększyliśmy ich liczbę z 90 do 120, w kolejnych latach – do 150. Od 1 października bieżącego roku na pierwszy rok studiów, na którym kształcą się przyszli lekarze wojskowi, mamy przyjętych 200 studentów. Absolwenci, których mamy tutaj podanych w prezentacji, to są absolwenci, którzy ukończyli studia i ci, którzy zaczynali te studia w latach wcześniejszych. Działania wdrożone od 2018 r. spowodują, że w najbliższych latach będziemy mieć 109, 123 i 139 absolwentów. W czasie sześcioletniego toku studiów z różnych powodów dochodzi do wykruszeń. To są kwestie związane z planami rodzinnymi, z wyjazdami, również z tym, że część studentów nie do końca dźwiga ciężar tych studiów.

Ministerstwo Obrony Narodowej dysponuje pulą 1571 akredytowanych miejsc specjalizacyjnych w 56 dziedzinach medycyny. Miejsca akredytacyjne przydziela Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Ogółem szkolenie specjalizacyjne w strukturach MON-u w chwili obecnej odbywa 1049 osób. W tej grupie jest 325 żołnierzy zawodowych i 164 pracowników cywilnych Ministerstwa Obrony Narodowej. Aktualnie 560 lekarzy cywilnych odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach udostępnionych wolnych miejsc w podmiotach leczniczych Ministerstwa Obrony Narodowej.

Mamy sesję wiosenną i sesję jesienną. W postępowaniu kwalifikacyjnym przeprowadzonym w sesji wiosennej skierowano 44 lekarzy i lekarzy dentystów do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w podmiotach leczniczych Ministerstwa Obrony Narodowej. Do postępowania kwalifikacyjnego na jesieni bieżącego roku wystawiono 476 wolnych miejsc akredytacyjnych. To postępowanie trwa w tej chwili. Wyniki sesji jesiennej będą znane w listopadzie. 373 osoby są w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Na pokrycie kosztów szkolenia specjalizacyjnego lekarzy w 2022 r. podpisano 16 umów, na pokry-

cie dofinansowania specjalizacyjnego lekarzy z podmiotami leczniczymi utworzonymi oraz nadzorowanymi przez ministra obrony narodowej na kwotę ponad 7 mln zł oraz 16 umów na finansowanie kierowników specjalizacji. To jest nowe rozwiązanie, które zostało wprowadzone przez ministra zdrowia. Wcześniej kierownicy specjalizacji nie byli wynagradzani za prowadzenie specjalizacji. Na ten cel przeznaczyliśmy kwotę ponad 1600 tys. zł. Mamy 31 umów na finansowanie kierowników specjalizacji i 50 kierowników nadzorujących szkolenie w podmiotach, które udostępnili nam wojewodowie. Jeżeli mamy chętnych do szkolenia się, a nie mamy miejsc w pewnych specjalizacjach, występujemy do wojewodów. Wojewodowie występują też do nas i wzajemnie udostępniamy sobie te miejsca po to, żeby każda osoba, która jest zainteresowana specjalizacją, mogła rozpocząć tę specjalizację jak najszybciej. Na ten cel szkoleń specjalizacyjnych wydaliśmy ponad 281 tys. zł. Zgodnie z zarządzeniem nr 5 ministra obrony narodowej szkolenie specjalizacyjne i staż podyplomowy możemy prowadzić w 10 podmiotach leczniczych. To szkolenie prowadzimy również w 27 podmiotach cywilnych.

W ramach refundacji kosztów kształcenia Departament Wojskowej Służby Zdrowia wprowadził i podpisał wieloletnie umowy w sprawie finansowania kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji pielęgniarek w ramach programu wsparcia absolwenta z 11 podmiotami leczniczymi na kwotę przewyższającą 278 tys. zł. W ramach programu wsparcia absolwenta przeznaczamy środki publiczne na refundację kosztów związanych z podnoszeniem kwalifikacji pielęgniarek rozpoczynających pracę w wojskowych podmiotach leczniczych dla tych, które skończyły studia w latach 2019–2022 i po raz pierwszy zostają zatrudnione na cały etat na podstawie stosunku pracy na czas nie krótszy niż 12 miesięcy. To dofinansowanie obejmuje możliwość podnoszenia kwalifikacji w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych, przetaczania krwi i składników dla pielęgniarek i położnych. Planujemy kontynuować ten program również w latach następnych. Jest to również jedno ze źródeł, za pomocą których pozyskujemy pielęgniarki do pracy w naszych podmiotach.

Departament Wojskowej Służby Zdrowia również uczestniczy w poszerzeniu współpracy przez resort obrony narodowej w zakresie międzynarodowych badań i projektów rozwojowych, dla których jest koordynatorem z obszaru medycyny, zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej oraz organizacji i funkcjonowania wojskowej służby zdrowia w czasie pokoju, kryzysu i wojny. Rola koordynatora nakłada na Departament Wojskowej Służby Zdrowia zadania związane z przygotowaniem programów i projektów finansowanych zarówno z budżetu ministra obrony narodowej, jak i realizowanych oraz finansowanych w ramach współpracy z Unią Europejską i NATO zgodnie z zasadami tych organizacji, a także na mocy porozumień dwustronnych i wielostronnych. Szczególną i rozwojową kategorię stanowią programy i projekty finansowane z Europejskiego Funduszu Obrony, w tym projekty i programy dotyczące zapobiegania skutkom użycia broni masowego rażenia np. projekt *Medical Countermeasures*.

Podmioty lecznicze wojskowej służby zdrowia pełnią także funkcje centrów wsparcia badań klinicznych. W tej chwili w wojskowych podmiotach leczniczych mamy dwa centra wsparcia badań klinicznych, jeden w Wojskowym Instytucie Medycznym, a drugi w 4. Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu. Centra wsparcia badań klinicznych to są centra, które są w całości finansowane z budżetu Agencji Badań Medycznych. Mamy w tej chwili dwa, ale jesteśmy w procedurze przygotowania kolejnych podmiotów do tego, żeby również mogły prowadzić centra wsparcia badań klinicznych, które umożliwiają rozwój naukowy kadrze medycznej również poprzez współpracę międzynarodową.

Z dniem 18 października bieżącego roku weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z 13 września 2022 r., które nadaje status państwowego instytutu badawczego Wojskowemu Instytutowi Medycznemu. W ramach dotacji otrzymanej z Ministerstwa Zdrowia w latach 2021–2025 realizujemy Cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia. To jest kwota ponad 5 mln zł. W ramach celu operacyjnego Profilaktyka nadwagi i otyłości realizujemy zadanie „Promowanie prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej wśród służb mundurowych”. W ramach celu Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne jest zadanie „Badania naukowe, ocena wpływu jakości środowiska życia na stan zdrowia”. W celu operacyjnym Promocji zdrowia psychicznego jest „Realizacja projektów

i programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych opartych na podstawach naukowych, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej". W celu operacyjnym Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne jest zdanie „Badania naukowe i ocena wpływu jakości środowiska na stan zdrowia".

W strukturze Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia znajduje się również zespół inspekcji: Wojskowa Inspekcja Sanitarna, Wojskowa Inspekcja Farmaceutyczna i Wojskowa Inspekcja Weterynaryjna. Wojskowa Inspekcja Sanitarna wykonuje zadania ustawowe z zakresu zdrowia publicznego w zakresie m.in. higieny służby i pracy w jednostkach wojskowych, ale również w innych jednostkach organizacyjnych resortu obrony narodowej oraz higieny umundurowania, higieny radiacyjnej, zakwaterowania, higieny zaopatrzenia w wodę, bezpieczeństwa żywności i żywienia oraz nadzór nad warunkami, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Wykonywanie wymienionych zadań polega na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzenie działalności przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska i pracy, a także na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej. Wojskowa Inspekcja Sanitarna uczestniczy również w działaniach z zakresu obrony przed bronią masowego rażenia mających na celu rozpoznanie i identyfikację niebezpiecznych czynników biologicznych oraz zabezpieczenie medyczne osób porażonych czynnikami chemicznymi, biologicznymi, radiologicznymi (CBRN) poprzez stosowanie medycznych środków profilaktycznych, ewakuację osób porażonych z rejonu skażeń oraz leczenie przedszpitalne. Uczestniczy także w systemie wykrywania skażeń w Siłach Zbrojnych RP oraz w przedsięwzięciach związanych z funkcjonowaniem Krajowego Systemu Wykrywania Skażeń i Alarmowania nadzorowanego przez ministra obrony narodowej. Wojskowa Inspekcja Sanitarna, Wojskowa Inspekcja Farmaceutyczna i Wojskowa Inspekcja Weterynaryjna ściśle współpracuje z Wojskowymi Ośrodkami Medycyny Prewencyjnej, które swoją działalnością pokrywają cały obszar kraju.

Z inicjatywy Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia w ramach podnoszenia zdolności przez podmioty wojskowe został wdrożony proces monitorowania zmienności genetycznej wirusów, czyli ich sekwencjonowanie. Sekwencjonowanie otrzymanych próbek umożliwia na bieżąco śledzenie zmian oraz szybkie rozpoznanie pojawiających się ich mutacji. Pierwszym podmiotem, który uzyskał taką zdolność, był Ośrodek Diagnostyki i Zwalczania Zagrożeń Biologicznych w Puławach Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii (WIHiE) w Warszawie. Zdolność, którą posiada ośrodek w Puławach, to 50 do 100 analiz tygodniowo. Ma to niebagatelne znaczenie dla zwiększenia bezpieczeństwa epidemiologicznego Sił Zbrojnych RP oraz zwiększenia potencjału państwa w zakresie diagnostyki wariantów wirusów. Analogiczną zdolność posiada również Wojskowy Ośrodek Medycyny Prewencyjnej Modlin w Nowym Dworze Mazowieckim. Również jesteśmy w trakcie osiągania tej zdolności przez pozostałe WOMP-y. Ze względu na bezpieczeństwo wojsk własnych i sojuszniczych przebywających, a także przemieszczających się na terytorium Rzeczypospolitej badania te pozwalają na lepszą realizacją osłony przeciwepidemicznej prowadzonej przez Wojskową Inspekcję Sanitarną. Do dnia 10 października bieżącego roku ośrodek WIHiE w Puławach przeprowadził 559 badań sekwencjonowania pełnego genomu wirusa SARS-CoV-2, z czego 215 na potrzeby Sił Zbrojnych RP. Natomiast WOMP Modlin przeprowadził 70 badań na potrzeby Sił Zbrojnych RP. Działania obu tych podmiotów, które wymieniłam, czyli ośrodka WIHiE w Puławach i WOMP-u Modlin, również umożliwiają korzystanie z tej zdolności przez podmioty cywilne.

Również w związku uchwałą Rady Ministrów z 15 grudnia 2020 r. w sprawie przyjęcia Narodowego Programu Szczepień Ochronnych departament opracował koncepcję przeprowadzenia tych szczepień w Siłach Zbrojnych RP. To, co jest jeszcze szalenie istotne w związku z pandemią – epidemią, która jest za nami, a wciąż nie wiemy, co jeszcze przed nami – to zbudowanie jeszcze jednej zdolności w ośrodku w Puławach, czyli Ośrodku Diagnostyki i Zwalczania Zagrożeń Epidemiologicznych WIHiE. Mianowicie zakupiliśmy analizator Cobas, który pozwala na przeprowadzenie 1200 testów na dobę. Ta zdolność 1200 testów na dobę dotyczy nie tylko wykrywalności koronawirusa, ale

także szeregu innych patogenów. Mamy taką zdolność również w wojskowych ośrodkach medycyny prewencyjnej. Tutaj jest to o tyle istotne, że pracownicy wojskowych ośrodków medycyny prewencyjnej nie tylko pobierają wymazy, ale w ramach swoich zasobów mogą również dokonać stwierdzenia, z jaką mutacją mamy do czynienia.

W związku z koronawirusem od początku trwania pandemii w resorcie obrony narodowej utworzyliśmy 15 laboratoriów diagnostycznych. Były dwa, natomiast utworzyliśmy kolejne i przede wszystkim podnieśliśmy poprzez dofinansowanie sprzętu i szkolenia zdolność tych 15 laboratoriów diagnostycznych. Także w Centrum Reagowania Epidemiologicznego Sił Zbrojnych RP, które wprawdzie nie podlega pod Departament Wojskowej Służby Zdrowia, tylko pod Dowództwo Generalne Rodzajów Sił Zbrojnych RP, ale tutaj ściśle współpracujemy ze wszystkimi strukturami, które są zaangażowane w określone zadania, zostało utworzone laboratorium mobilne, które przez bardzo długi czas wspierało Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w działaniach związanych z koronawirusem.

To jest łącznie to. Chciałam jeszcze powiedzieć również o tym, że utworzyliśmy w Polsce 100 miejsc realizujących szczepienia w wojskowych podmiotach leczniczych. Ich wydajność dobowa to jest 8720 szczepień. Departament Wojskowej Służby Zdrowia współpracuje również z Wojskową Akademią Techniczną w Warszawie oraz Zakładem Medycyny Katastrof i Pomocy Doraźnej Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie. W ośrodku WOMP w Modlinie zorganizowaliśmy warsztaty dla pracowników zespołów reagowania epidemiologicznego. Celem tych warsztatów było dodatkowe przeszkolenie w związku z sytuacją, którą mamy za naszą wschodnią granicą. Warsztaty dotyczyły właśnie zadań związanych z reagowaniem na zagrożenie biologiczne w ramach funkcjonowania systemu skażeń Sił Zbrojnych RP oraz Krajowego Systemu Wykrywania Skażeń i Alarmowania, a także w związku z wydzieleniem tych zespołów reagowania epidemiologicznego do grupy zadaniowej obrony przed bronią masowego rażenia Sił Odpowiedzi NATO Zestawu 2024. Ten projekt został przeprowadzony również w koordynacji z Agencją Bezpieczeństwa Wewnętrznego.

Działania, które są niezbędne do osiągnięcia zamierzeń, które były i są ukierunkowane, to przede wszystkim:

– utrzymanie stałej gotowości pięciu wojskowych ośrodków medycyny prewencyjnej w celu osłony przeciwepidemicznej oraz wprowadzenie działań ograniczających możliwość rozprzestrzeniania się patogenów chorobotwórczych w stosunku do żołnierzy i pracowników resortu obrony narodowej oraz żołnierzy i pracowników wojsk obcych przebywających na terytorium Polski;

– rozwijanie i budowanie nowych zdolności reagowania epidemiologicznego w pięciu WOMP-ach w zakresie reagowania na zdarzenia z udziałem czynników broni masowego rażenia poprzez właśnie warsztaty i wszelkiego rodzaju działania nie tylko na poziomie krajowym, ale również współpracę z odpowiednimi strukturami natowskimi;

– rozwijanie zdolności Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii w zakresie diagnostyki i identyfikacji czynników biologicznych realizowanych na potrzeby bezpieczeństwa i obronności państwa w ramach wsparcia nadzoru epidemiologicznego, wsparcia systemu cywilnego poprzez nie tylko sekwencjonowanie genomu wirusa SARS-CoV-2, o którym mówiłam wcześniej, ale również genomu wirusa małpiej ospy oraz prowadzenia czynnego nadzoru nad patogenami alarmowymi oraz utworzenie miejsc bankowania szczepów klinicznych na bazie pracowni *Biological Safety Levels* 2 (BSL-2) i *Biological Safety Levels* 3 (BSL-3).

Działania niezbędne do osiągnięcia powyższych zamierzeń były i są ukierunkowane na również wsparcie WOMP-ów, jeśli chodzi o informatyzację kompletowania różnych danych. Podjęliśmy również współpracę z Głównym Inspektoratem Sanitarnym. Dążymy do tego, żeby uzyskać kompatybilność i spójność systemów informatycznych nie tylko wewnątrz resortu, ale również w porozumieniu z cywilnym systemem ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zwiększamy również zatrudnienie w wojskowych ośrodkach medycyny prewencyjnej. To jest związane z faktem działań, które toczą się

poza granicą wschodnią, ale również faktem zwiększania liczebności Sił Zbrojnych RP w Polsce.

Wojskowa Inspekcja Sanitarna objęła swoim nadzorem 1200 podmiotów. Przeprowadzono 152 kontrole sanitarne podmiotów medycznych. Skontrolowano 313 obiektów żywnościowych. Przeprowadzono 603 kontrole środków transportu żywności. W ramach nadzoru nad jakością wody do spożycia skontrolowano 502 ujęcia wody. Przeprowadzono 143 dochodzenia epidemiologiczne. Przeprowadzono 14 postępowań administracyjnych w sprawie jakości środków spożywczych. Wydano 281 decyzji administracyjnych i 27 postanowień administracyjnych. Organy nadzoru sanitarnego wydały również 260 opinii. Natomiast laboratoria wojskowych ośrodków medycyny prewencyjnej wykonały 163 badania mikrobiologiczne oraz 48 badań organoleptycznych próbek żywności, co jest niezwykle istotne, biorąc pod uwagę liczebność Sił Zbrojnych RP. Laboratoria WOMP-ów wykonały 14 165 badań w kierunku nosicielstwa pałeczek jelitowych Salmonella i Shigella, 5537 badań w kierunku pasożytów, ponad 5000 badań czystości mikrobiologicznej pomieszczeń i ponad 1439 badań skuteczności sterylizacji. Ekipy badań środowiska pracy WOMP wykonały 54 246 pomiarów czynników szkodliwych w środowisku pracy. Tutaj chodzi o takie czynniki jak hałas, mikroklimat, oświetlenie, drgania, pyły, czynniki chemiczne, natomiast w zakresie pól elektromagnetycznych wykonano 273 113 pomiarów dla 9046 urządzeń.

Wojskowa Inspekcja Farmaceutyczna sprawuje nadzór nad wytwarzaniem, sporządzaniem, przechowywaniem i obrotem produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w jednostkach organizacyjnych resortu obrony narodowej. Sprawuje również nadzór nad bezpieczeństwem dostarczania do podmiotów leczniczych i jednostek produktów leczniczych i wyrobów medycznych, do udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia profilaktyki zdrowotnej oraz uzupełniania potrzeb mobilizacyjnych i zapasów służby zdrowia.

Natomiast Wojskowa Inspekcja Weterynaryjna jest odpowiedzialna na zapewnienie osłony weterynaryjnej wojsk, stanowiąc ważny element medycyny prewencyjnej i zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej. Realizujemy również zadania z zakresu ochrony zdrowia zwierząt, bezpieczeństwa produktów pochodzenia zwierzęcego w celu zapewnienia ochrony zdrowia żołnierzy i pracowników wojska na terenach RP i w stosunku do jednostek organizacyjnych podległych i nadzorowanych przez ministra obrony narodowej oraz wojsk obcych przebywających na terytorium RP.

Wojskowa Inspekcja Farmaceutyczna przeprowadziła 164 kontrole specjalistyczne. Wykonano 56 procedur zabezpieczenia przeterminowanych środków odurzających i substancji psychotropowych przed ich unieszkodliwieniem. Wydano jednostkom wojskowym i podmiotom leczniczym 98 zezwoleń na zakup lub posiadanie środków odurzających i substancji psychotropowych do celów medycznych lub uzupełnienia zapasów. Zarejestrowano 22 nowe książki o kontroli obrotu produktami odurzającymi i substancjami psychotropowymi. Przeprowadzono trzy postępowania wyjaśniające dotyczące niespełnienia wymogów jakościowych przez produkty lecznicze. Wydano 19 zgód na wywóz i 10 zgód na przywóz środków odurzających i substancji psychotropowych na potrzeby misji polskich kontyngentów wojskowych i obserwatorów wojskowych. Nadzorem objęto 215 producentów i dostawców.

Przeprowadzono 200 kontroli sanitarno-weterynaryjnych, 333 kontrole w obiektach jednostek instytucji wojskowych, 24 kontrole w 12 składach żywnościowych regionalnych baz logistycznych. Wydano również decyzje administracyjne i postanowienia administracyjne. Pobrano do badań laboratoryjnych łącznie 1091 próbek żywności pochodzenia zwierzęcego. Pobrano do badań 400 wymazów czystościowych. Przeprowadzono 109 kontroli środków transportu żywności i 435 kontroli stanu zdrowia warunków utrzymania psów służbowych. Wykonano 1000 zabiegów profilaktycznych oraz 154 zabiegi lecznicze u psów służbowych. Dwukrotnie przeprowadzono szczepienie szczepionką przeciwko grypie i tężcowi koni oraz wykonano dwukrotną kontrolę stanu zdrowia warunków utrzymania koni.

W związku z wejściem w życie ustawy o obronie Ojczyzny wydano osiem rozporządzeń. Osiem jest w trakcie opracowywania. Ich termin mija 18 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy o obronie Ojczyzny. Bardzo istotną kwestią dla Departamentu Wojsko-

wej Służby Zdrowia i również tej zdolności, jeśli chodzi o wojskową służbę zdrowia, jest konieczność rozdzielenia szpitala w Ełku od szpitala w Lublinie.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Pani dyrektor, czy zmierzamy już do końca?

Dyrektor departamentu MON Aurelia Ostrowska:

Absolutnie tak.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Dobrze, to bardzo proszę. Jest jeszcze przed nami dyskusja.

Dyrektor departamentu MON Aurelia Ostrowska:

Departament wystąpił z inicjatywą legislacyjną do Ministerstwa Zdrowia. Chodzi o zmianę Ustawy o działalności leczniczej w zakresie utworzenia samodzielnego publicznego zakładu. Tutaj chodzi o zmianę, która umożliwia podział istniejącego podmiotu.

Zadania, które są finansowane przez MON, dotyczą kształcenia, podnoszenia kwalifikacji zadań mobilizacyjnych, staży dla lekarzy, turnusów profilaktyczno-leczniczych, dofinansowania publicznej służby krwi, gwarantowanych świadczeń dla weteranów, programów profilaktycznych, wynagrodzeń dla konsultantów, leczenia osób nieubezpieczonych i składek do organizacji międzynarodowych.

W ramach planu inwestycji budowlanych i planu modernizacji technicznej, czyli w ramach centralnych planów rzeczowych w 2021 r. kwota przeznaczona na inwestycje budowlane w wojskowych podmiotach leczniczych i na zakup sprzętu i aparatury to ponad 277 mln zł. Tutaj mamy prezentację, która pokazuje, że dofinansowaliśmy szpitale wojskowe, uzdrowiskowe przychodnie lekarskie, centra krwiodawstwa, instytuty badawcze, czyli wszystkie instytucje, które mamy w swojej podległości. W latach 2022–2027 przewidziane jest 1 371 000 tys. zł w ramach Planu Modernizacji Technicznej (PMT) i Planu Inwestycji Budowlanych (PIB). Tutaj mamy też rozpisane kwoty, które przeznaczyliśmy jako Ministerstwo Obrony Narodowej w formie dotacji celowych również w ramach PMT-u i PIB-u.

To, co jest jeszcze istotne, to są kolejne dofinansowania. Może na koniec jeszcze powiem, że łączna wartość umów z NFZ-em w 2021 r., czyli kontrakty zawierane przez wojskowe podmioty lecznicze to kwota ponad 2 234 000 tys. zł. W tym roku jest to kwota ponad 2 439 000 tys. zł, więc te kontrakty uległy zwiększeniu. Liczba łóżek, którą dysponujemy w resortowych Samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej i instytutach badawczych to jest 5414, z czego w szpitalach wojskowych mamy 52% tych łóżek, w instytutach badawczych – 19% i w Wojskowych Szpitalach Uzdrowiskowo -Rehabilitacyjnych – 29%. W podmiotach leczniczych resortu obrony narodowej pracuje 18 974 pracowników. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Dziękuję, pani dyrektor.

Otwieram dyskusję. Jako pierwszy zgłosił się pan poseł prof. Maksymowicz.

Poseł Wojciech Maksymowicz (Polska2050):

Panowie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, Wysoka Komisjo, na wstępie chciałem przeprosić za takie obszerne przygotowanie. Właściwie nie powinno się przepraszać, za to z czego się przygotowuje, ale wkradło się po prostu pewne nieporozumienie. Parę miesięcy temu złożyłem tożsamy tytuł posiedzenia Komisji z prośbą o wspólne posiedzenie jako inicjatywę do planu Komisji. Tylko tyle.

Chciałem się też przedstawić państwu jako ktoś w pewnym stopniu przygotowany do tematu. Mianowicie przeszedłem wieloletnie szkolenie wojskowe zakończone parę miesięcy przed stanem wojennym, aby być starszym lekarzem pułku. Tak to się nazywało. Zdałem egzamin oficerski. Jestem skromnym podporucznikiem rezerwy już w stanie spoczynku. Ta tematyka mnie interesowała. Potem w praktyce miałem do czynienia tylko z organizacją szpitali podziemnych i zabezpieczeniem medycznym manifestacji, protestów „Solidarności" w stanie wojennym i w latach osiemdziesiątych. Co oczywiście, podobnie jak wspomnienia mojego dziadka z Legionów i ojca z Armii Krajowej, ma nie-

wiele wspólnego z obecnym polem walki, jeżeli chodzi o zagrożenie medyczne. Jest w tym bardzo mało romantyzmu, z tego, co wiem od ekspertów, którzy też nam służą.

Opracowanie, które przygotowałem, jest przy współpracy z tymi ekspertami z wojska, którzy brali udział w działaniach na polu walki. Przy całym szacunku do oczywiście bardzo dobrej analizy pani dyrektor Aurelii Ostrowskiej, znanej mi dobrze jako świetny urzędnik państwowy, sytuacja jest taka, że musimy przejść dalej do sytuacji gotowości wojskowej służby zdrowia i całego systemu na wypadek zagrożenia, które rysuje się realnie. Stąd przygotowanie wojskowej służby zdrowia do zabezpieczenia poszkodowanych w sytuacji zagrożenia działaniami wojennymi jest bardzo ważnym elementem obrony ojczyzny. Nieodłącznie należy też brać pod uwagę wykorzystanie wszystkich, także cywilnych sił i środków na wypadek wystąpienia zagrożenia, a również zabezpieczenie nie tylko wojska, ale i ludności cywilnej, która jest bardzo narażona we współczesnej wojnie. Nasza troska jest niewątpliwie ponadpartyjna i taka powinna być, tak jak i wojsko. Dlatego niezbędne jest postawienie licznych pytań i zweryfikowanie aktualnego stopnia zabezpieczenia z refleksją do pilnych działań wzmacniających polską służbę zdrowia na wypadek działań wojennych.

Mam pytania. Będzie ich kilkanaście. Po pierwsze, zdaję sobie sprawę, że na nie wszystkie pytania mogą być udzielone odpowiedzi w sposób jawny. W razie czego jestem do dyspozycji w miarę mojego certyfikatu dostępu do materiałów tajnych. Kto dowodzi wojskową służbą zdrowia w Polsce? Wojsko to instytucja zhierarchizowana poza nadzorem cywilnym. Wymaga ustalonych i przećwiczonych metod zarządzania przez wojskowych w sytuacji zagrożenia.

Czy w pełni zunifikowano procedury postępowania medycznego na polu walki z najlepszymi wzorcami, stosowanymi w NATO realizowanymi niewątpliwie w Stanach Zjednoczonych? Czy są ćwiczone i gotowe do stosowania amerykańskie protokoły *Tactical Combat Casuality Care* (T3C)? Czy te T3C są gotowe do uaktualniania – jak to oni mówią z angielska upgradowania – stosownie do aktualnej sytuacji na polu walki na podstawie dokumentacji każdego przypadku, każdego indywidualnego rannego? Tak to jest zrobione w armii amerykańskiej, która ma chyba w tej chwili najwięcej doświadczeń w zakresie aktualnego pola walki. Czy ćwiczone są protokoły *Damage control resuscitation* w ramach swoistych „SOR-ów" pola walki? Czy robimy wszystko, aby dojść do sprawności zaopatrzenia w „platynowym" kwadransie? To już nie chodzi o tak zwaną „złotą" godzinę. Wiadomo, że aktualne obrażenia to są właśnie rzadko rany postrzałowe. Realne są skutki działania odłamków artyleryjskich, dużego ciśnienia, które się tworzy, min i tym podobnych, wybuchów, rakiet i tak dalej. Sam zajmuję się też teraz jedną z młodych dziewczyn, która na początku konfliktu w Ukrainie na drugi dzień została trafiona odłamkiem i trafiła w końcu do nas. To są straszne uszkodzenia wielu narządów. Ten „platynowy" kwadrans to jest bardzo duże trudne do przeszkolenia zadanie organizacyjne. W sytuacji zagrożenia na to też składa się całe zaplecze organizacyjne i wyćwiczenia zagrożenia pewnego rodzaju chaosem, który pojawia się w momencie, kiedy wielu rannych na raz trafia do właśnie takiego ośrodka *Damage control resuscitation*.

Czy dostosowano przepisy do zupełnie niestandardowego systemu pobierania krwi w jednostkach liniowych? Nie ma czasu na sięganie do banków krwi. Nie ma czasu na tworzenie zapasów. One są potrzebne głównie w kraju, ale na granicy w sytuacji ataku natychmiast musimy mieć możliwość pozyskiwania krwi. Krew w 15 minut to jest główny ratunek, żeby nie wiem co. Niewiele zmieniło się od I wojny światowej, poza tym, że straty są większe ilościowo i obrażenia są wielonarządowe. Tak jak powiedziałem, obecnie realne obrażenia są rzadko postrzałowe.

Czy zapewniono dostępność zaopatrzeniu przy polu walki w dostateczną ilość aparatów do szybkiego przetaczania krwi z podgrzewaczami? To jest następny element i też przeszkolenie żołnierzy, indywidualnie każdego w ich posługiwaniu się. Czy zgromadzono wystarczające zapasy indywidualnego wyposażenia w tym zakresie? Czy zaplanowano do realizacji systemowe szkolenie personelu medycznego według wzorców NATO?

Czy w wystarczającym stopniu wykorzystywany jest ośrodek szkoleniowy NATO w Budapeszcie? Czy opracowano nowoczesną ścieżkę rozwoju szkoleniowego lekarzy w wojsku i dla wojska, czyli tych, którzy są cywilu?

Niewątpliwie cieszy zapowiedź departamentu skróconej drogi opieki zdrowotnej nad żołnierzami. Czy to samo będzie w przypadku weteranów? Czytamy, że tak, że to już jest jakoś realizowane. Czy ci, którzy narazili swoje zdrowie, mogą liczyć na w pełni bezpłatne leki refundowane przez państwo? Pomyślmy o tym. Taka gwarancja daje poczucie większego bezpieczeństwa, gdy człowiek oddaje służbie swoje życie.

Czy takie szpitale wojskowe jak te w Ełku i Lublinie położone na wschodniej flance nie powinny obejmować oddzielonych stref zabezpieczenia, żeby być bardziej dyspozycyjne i mobilne? W szpitalach wojskowych łóżka są również wydzielane podobnie jak szpitalach cywilnych do zabezpieczenia wojska w przypadkach wojny. Czy są one odpowiednio liczniejsze niż w jednostkach cywilnych?

Wreszcie konieczne jest także pilne zweryfikowanie gotowości cywilnej służby zdrowia na wypadek sytuacji wojennej. Po pierwsze czy weryfikuje się na bieżąco liczbę lekarzy, pielęgniarek, ratowników i innego personelu, który musi przejść niezbędne przeszkolenie do zajęcia się poszkodowanymi w sytuacji działań wojennych? Czy zaktualizowane zostały algorytmy naliczania tych pracowników i ich gotowości? Czy sprawdza się systematycznie pełnienie zadania kontrolnego wojewodów w zakresie wyżej wymienionego personelu i wydzielanych łóżek w placówkach nie tylko wojskowych, ale i cywilnych, które przeważają w Polsce? Czy opracowano i zabezpieczono finansowo i organizacyjnie tworzenie nowych szpitali polowych? Na część z tych pytań oczywiście oczekuję publicznej odpowiedzi, ale nie oczekuję, że odpowiecie państwo na większość tych pytań, jak rozumiem, ze względów na bezpieczeństwo, nawet poczucie, że coś może w jakichś fragmentach jest nie tak. Zawsze trzeba się doskonalić. Oczywiście nie zamierzam tego od państwa wymagać.

Korzystając teraz z okazji w związku z też moimi historycznymi hobby, pragnę wspomnieć, że gdy byłem w rządzie Jerzego Buzka, zdecydowanie i skutecznie przeciwstawiałem się likwidacji Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Moi następcy z rządu Leszka Millera nie mieli takiej determinacji. Wojskową Akademię Medyczną zlikwidowano, a zaraz potem nastąpił gwałtowny wzrost udziału naszych żołnierzy na misjach w sytuacji prawdziwie wojennej w Iraku i Afganistanie. Stawiam pytanie: Czy w obecnym czasie nie powinniśmy przywrócić wiodącej wojskowej szkoły medycznej w Polsce i zlokalizować ją tam, gdzie jest najlepsza baza szpitalna, wojskowa i szkoleniowa? Idealistycznie marzy mi się powrót do przedwojennej tradycji Szkoły Podchorążych Sanitarnych na warszawskim Ujazdowie. Stąd te fotografie, które państwu zamieściłem w dostępnym materiale, który wydrukowałem. Jest to możliwe na bazie Wojskowego Instytutu Medycznego, w którego radzie naukowej pracowałem przez wiele lat. Może można by to było obecnie oprzeć na potężnych szpitalach w Bydgoszczy lub Wrocławiu. Zostawiam to pod rozwagę dla wspólnego pożytku i większej gotowości. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Mamy kolejne głosy w dyskusji. Bardzo proszę, pan poseł Sośnierz.

Poseł Andrzej Sośnierz (PS):

W pełni podtrzymuję to, co powiedział mój poprzednik. Chciałem zwrócić uwagę na to, że moim zdaniem ta prezentacja wymaga jednak pewnego uzupełnienia. To jest bardzo dobre, że dużo się działo i dużo się dzieje w sprawie wzmacniania struktury stacjonarnej wojskowej służby zdrowia, ale to nie jest do końca kluczowe do uzyskania sukcesów medycznych w przypadku rzeczywiście istniejącego kinetycznego pola bitwy. Zresztą można wykorzystać cywilną strukturę stacjonarną. To nie jest tutaj najbardziej istotne. To też warto uwzględnić dlatego, że nie zawsze wojskowa struktura stacjonarna będzie wydolna lub dostępna do działań, kiedy zacznie się dziać coś istotnego. Dla sukcesu działań medycznych najważniejsze jest to, co się dzieje między polem bitwy a szpitalem i ambulatorium, te 15 minut, o których tutaj przed chwilą była mowa, sprawność działania między polem bitwy a uzyskaniem pomocy w szpitalu. Tu już można się uspokoić. Pacjent w szpitalu już jest bezpieczny, ale najważniejsze jest to, jak szybko on tam się znajdzie i coś się z nim będzie działo w czasie między polem bitwy a między jej placówką stacjonarną. Tu nie zastąpi tego cywilna służba zdrowia. Istotna jest ta mobilna struk-

tura, która przetransportuje żołnierza z miejsca zdarzenia i opatrzy po drodze do miejsca, gdzie ta pomoc skutecznie i ostatecznie będzie udzielana. Ta ostateczna pomoc, te szpitale to już jest końcówka.

Tu chciałbym dowiedzieć się, czy wykorzystaliśmy okres pandemii, który zresztą był tutaj doskonałym poligonem niedziejącym się w tak drastycznych sytuacjach jak rzeczywiste pole bitwy, a to też przecież oczywiście może się zdarzyć. Jak wykorzystaliśmy ten czas? W czasie pandemii zebraliśmy mnóstwo doświadczeń, które powinny nam posłużyć m.in. do wyciągania wniosków, ale nie tylko z naszej pandemii. Też warto sięgać do tych wzorców z tego, co się dzieje w innych krajach, które intensywnie uczestniczą w działaniach zbrojnych. Pandemia pokazała, ile podejmowano błędnych i bezsensownych decyzji. Przykładem są choćby szpitale tymczasowe, które próbowano robić jako w pełni funkcjonujące szpitale, które są właściwie zmarnowane, bo teraz ich już nie ma. Trzeba je było rozmontować. Przecież można było stworzyć strukturę mobilną. To wszystko mogło w skrócie jeździć na kołach, a nie być teraz rozkręcane, na nowo magazynowane i na nowo gdzieś przewożone. W danych momentach trudno było zapobiec niektórym błędom. To nie jest jakaś totalna krytyka. To są właśnie doświadczenia. Mogliśmy wykorzystać ten czas i te środki do stworzenia mobilnej struktury.

Zawsze jest pytanie, co ma podjechać w miarę blisko pola bitwy, a czego nie warto wozić w każde miejsce, bo to nieefektywne. Część tej struktury, która służyła do tworzenia choćby szpitali tymczasowych mogła być mobilna, a nie w tej chwili demontowana i gdzieś tam magazynowana. To były duże pieniądze, które mogły być wykorzystane m. in. do wzmocnienia wojskowej służby zdrowia na etapie od pola bitwy na to, co mogłoby podjechać w miarę blisko i co jest potrzebne. Zresztą struktura stacjonarna niestety jest łatwiej niszczona, czy to intencjonalnie co czasem widzimy na Ukrainie, czy też przypadkowo. Struktura stacjonarna musi mieć swoje zaplecze w strukturze mobilnej, przenoszalnej, która jest do wykorzystania. Cały ten ciąg z pola bitwy do ostatecznej placówki lub też do istotnego miejsca udzielenia pomocy jest tutaj kluczowy to uzyskania sukcesu.

Chciałbym się dowiedzieć, czy w tym zakresie jakieś większe działania są podejmowane. Jakie wnioski są wyciągane? Jak powiedziałem, w czasie pandemii ukazało się mnóstwo mankamentów i też dezorientacji decydentów, którzy być może byli nieprzeszkoleni. Być może trzeba więcej czasu poświęcić na przeszkolenie osób, które potrafiłyby reagować w sytuacjach nagłych. Niektórzy po prostu ogłuszeni sytuacją postępowali… To też jest wniosek, który należy dostrzec, że nie wszyscy są zdolni do szybkiego i racjonalnego działania, a do takiego działania trzeba się wystandaryzować, wciąż trzeba je zautomatyzować. To muszą być stałe ćwiczenia, żeby przynajmniej była kadra, która jest w stanie reagować szybko, skutecznie i w miarę racjonalnie. Nie zawsze to będzie tanie, ale konieczne. Czy wyciągnęliśmy jakieś wnioski z pandemii? Jak wygląda ta struktura mobilna? Dużo mówiliśmy właśnie o szpitalach.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, już pan to mówił.

Poseł Andrzej Sośnierz (PS):

Jak wygląda struktura mobilna, która jest kluczowa do uzyskania sukcesu? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pan poseł Lubczyk, proszę uprzejmie.

Poseł Radosław Lubczyk (KP):

Panie przewodniczący, panie ministrze, panie generale, pani dyrektor, bardzo się cieszę. Jest to wyjątkowa sytuacja, gdy przez 7 lat kadencji dwa razy do roku Komisja Obrony Narodowej spotyka się i debatuje na temat zdrowia w wojsku, co jest mi bardzo bliskie. Panie profesorze, tak jak prof. Maksymowicz, jestem porucznikiem, też w rezerwie. Ta tematyka rzeczywiście jest mi bardzo bliska.

Pani dyrektor, spotkaliśmy się ostatnio w lutym. Rozmawialiśmy o zdrowiu w obronie narodowej. Byłem przekonany, że pani wyjdzie z prezentacją o tym, co zmieniło się od tego czasu. Rzeczywiście jest tu bardzo wiele informacji, które w lutym też były

powiedziane. Chciałbym zadać kilka pytań. Co prawda te pytania, które chcę zadać, już plus minus wybrzmiały. Lekarz, który jest żołnierzem, podlega rozkazom. Przecież mamy szpitale wojskowe, chociażby szpital w Wałczu, który jest mi bliski, gdzie od jakiegoś czasu jest zamknięta neurologia, bo nie ma tam lekarzy specjalistów. Moje pytanie brzmi: Czy nie po to są właśnie lekarze wojskowi, żeby zabezpieczali te wszystkie szpitale w Polsce? Nie jest tak, że jest tylko szpital na ul. Szaserów, nie jest tylko szpital w Bydgoszczy, te dwa główne ośrodki, o których wszędzie się mówi, ale również są takie szpitale wojskowe jak ten w Wałczu. Może po prostu warto by było oddelegować tam oficera doktora, żeby to oddziały funkcjonowały? Czy wy w ogóle zamierzacie wydawać takie rozkazy, żeby te i pozostałe oddziały w innych szpitalach, gdzie nie można zdobyć lekarzy cywilów, też mogły normalnie funkcjonować? To jest moje pierwsze pytanie.

Co do mojego drugiego pytania, jeżeli pani dyrektor nie zna tej odpowiedzi, bo może nie ma takich statystyk, to poprosiłbym na piśmie. Jaki jest proporcjonalny stosunek lekarzy w wojsku polskim w stosunku do ilości żołnierzy do wojsk NATO-wskich? Ile mamy lekarzy wojskowych? Mówię o lekarzach wojskowych, nie o lekarzach, którzy pracują w szpitalach wojskowych, tylko o oficerach. Ilu mamy lekarzy w stosunku do wszystkich żołnierzy?

I jest ta bardzo ważna sprawa, którą zaznaczył przed chwilą pan poseł Sośnierz. Zadam konkretne pytanie. Wszyscy słyszymy o F-35, o HIMARS-ach, o Krabach, o czołgach, o Abramsach. To są bardzo ważne rzeczy. Moje pytanie brzmi: Czy zamówienia idą teraz w stronę wozów, czyli krótko mówiąc karetek pola walki, Rosomaków, które są przystosowane, żeby rzeczywiście jak najszybciej zabierać tych żołnierzy z pola walki i ich transportować? Czy tutaj mamy jakąś o wiele większą liczbę w tej sytuacji, która dzieje się na Ukrainie? Czy liczba tych wozów przygotowanych do wywożenia i do ratowania żołnierzy na polu walki też zwiększa się, tak jak pozostała liczba sprzętu? To też jest bardzo ważne.

Kolejne pytanie brzmi: Czy idziemy w stronę tego, żeby jednak większość specjalizacji wojskowych była związana z sytuacją, która niestety ma miejsce za naszą wschodnią granicą? Ta sytuacja może się przełożyć na sytuację u nas. Wiemy, że te specjalizacje związane z chirurgią są bardzo ważne. Rzeczywiście na polu walki najbardziej potrzeba nam tych specjalistów. Moje kolejne pytanie jest z tym związane. Czy leczymy w polskich szpitalach ukraińskich żołnierzy? Jeśli pani dyrektor nie może na to dzisiaj odpowiedzieć, to też prosiłbym o odpowiedź na piśmie, jeśli możemy uzyskać tę informację w ramach kompetencji niejawności.

Kolejne pytanie też już wybrzmiało. Przynajmniej tak mi się wydawało. Czy szpitale wojskowe są bardziej przygotowane na przyjęcie osób z pola walki, jeśli taka sytuacja miałaby miejsce? Rzeczywiście te szpitale są dedykowane właśnie takim sytuacjom. Czy mamy przygotowane te wolne łóżka, sale operacyjne, sprzęt, jeśli miałoby się coś zadziać? Mam nadzieję, że to się nigdy nie wydarzy, ale mam też nadzieję, że jesteśmy do tego przygotowani. Dziękuję. Bardzo bym prosił o odpowiedź. Jeśli pani dyrektor nie zna, nie wie, nie może, to jednak poprosiłbym o te odpowiedzi na piśmie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pan przewodniczący Hoc, proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Oczywiście nawiązując do moich poprzedników, miałbym tylko taką małą polemikę z panem posłem Sośnierzem w aspekcie szpitali tymczasowych. Oczywiście ta mobilność to jak najbardziej się z tym zgadzam, ale o tej tymczasowości można powiedzieć w ten sposób. Na polu walki oprócz oczywiście uzbrojenia, nowoczesności, taktyki i strategii bardzo ważne są morale żołnierzy. Natomiast na tyłach bardzo istotną kwestią jest uspokojenie, czyli zapobieganie panice. Panika zarówno na polu walki, jak i na tyłach jest bardzo niebezpieczna i destrukcyjna, dlatego te szpitale tymczasowe nie tylko zabezpieczały kwestie medyczne, ale też kwestie mentalne, uspokojenie. Trzeba to wiedzieć i pamiętać o tym, że człowiek jak widzi, że jest zabezpieczony w aspekcie takiego zdrowotnego poczucia bezpieczeństwa, to czuje się pewniej. Nie ma tej takiej

paniki. Zresztą pamiętacie, jak było na początku. Była taka totalna obawa, lęk, panika i tak dalej. Dlatego to jest bardzo ważne. Nie potępiałbym tutaj w czambuł tych szpitali tymczasowych. Uważam, że to była bardzo dobra myśl i oczywiście mobilność też, jak najbardziej.

Mam również pytanie do państwa w aspekcie deficytu kadr. Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że brakuje lekarzy i pielęgniarek też w cywilnej służby zdrowia. Natomiast pamiętam, jak to było, gdy miałem wybierać kierunek lekarski. Zawsze w liceum proponowano mi właśnie Wojskową Akademię Medyczną, a więc w jakiś tam sposób to była atrakcyjna oferta. Wszyscy chcieli tam studiować, oczywiście mając na względzie, że były tam poligony i tak dalej, ale jednak też były tam jakieś przywileje czy też to była jakaś tam atrakcja. Obawiam się, że teraz nie ma takiej dążności albo takiej atrakcyjnej oferty. W takim razie, dlaczego jest taki deficyt kadr? W wojskowej służbie zdrowia brakuje chyba około pół tysiąca żołnierzy lekarzy, nie mówiąc też o pielęgniarkach, chociaż ich brakuje w mniejszej liczbie. Czyli może należałoby w jakiś sposób uatrakcyjnić czy zachęcić przyszłych adeptów sztuki lekarskiej, jeśli chodzi o wojskowość.

Oczywiście zainspirował mnie też pan poseł Lubczyk w kwestii 107. Szpitala Wojskowego w Wałczu. Mam też biuro poselskie w Wałczu. Niestety mogę z przykrością stwierdzić, że przychodzą mieszkańcy. Nie wiem, mieli nawet pisać jakieś pismo do MON-u właśnie w aspekcie braku neurologii. Zresztą w województwie zachodniopomorskim neurologia upadła całkowicie. Zlikwidowano też neurologię w Koszalinie. Jest to działalność bardzo deficytowa. Były tam błędy zarządcze i powiedziałbym, że błędy strategiczne, koncepcyjne, taktyczne. Dlatego bardzo proszę w jakiś sposób przedstawić plan naprawczy czy też jakieś strategiczne czy taktyczne decyzje, żebyśmy jednak nie pozbawiali całkowicie tej części województwa zachodniopomorskiego opieki neurologicznej. Pamiętajmy, że 107. Szpital Wojskowy w Wałczu jest jednocześnie szpitalem cywilnym na zresztą nie tylko powiat wałecki. Jest to jedyny szpital, a więc musi być bardzo troskliwie i jednocześnie z wielką starannością zaopatrzony czy też bardzo doglądany. To by było na tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

Pan poseł Hardie-Douglas, proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, że tak powiem, byliśmy nieco uśpieni przez lata z tego powodu, że wydawało się, że nie zagraża nam żadna wojna. Przez te lata, jak mi się wydaje – a jestem w systemie opieki zdrowotnej już od niestety ponad 45 lat – ta wojskowa służba zdrowia została właściwie do pewnego stopnia zdemontowana. To się zaczęło w momencie, kiedy zlikwidowano WAM. Później ci lekarze wojskowi byli takimi lekarzami quasi-wojskowymi, ponieważ pracowali w szpitalach wojskowych, które zajmowały się głównie leczeniem cywilów. Tak naprawdę ich praca niewiele się różniła i nadal chyba niewiele różni się. Od czasu do czasu sięgano po szkolenia lekarzy cywilnych.

W tej chwili chciałbym powiedzieć parę słów na ten temat. To są moje ostatnie doświadczenia, kiedy mnie jeszcze wzywano, kiedy miałem kartę mobilizacyjną. Przez lata mnie nie wzywano do wojska, bo byłem wrogiem ludu, ale potem te czasy zmieniły się i zaczęto mnie wzywać. Ostatni raz, jak byłem na ćwiczeniach DPM-u, dywizyjny punkt medyczny rozwijał szpital na poligonie. W momencie tego rozwijania szpitala pamiętam, jak otwieraliśmy takie tak zwane nienaruszalne skrzynie z lekami. Oczywiście wszystkie, mimo że były opieczętowane, były naruszone. Przede wszystkim brakowało w środku spirytusu. To była troszeczkę taka, że tak powiem, parodia ćwiczeń. Potem zostałem wezwany na ćwiczenia do, nie chcę powiedzieć, jakiej jednostki. Nie wiem, czy to nie jest jakieś tam poufne i tajne. Byłem wtedy ordynatorem oddziału chirurgicznego. Wezwano nas na 2 tygodnie i od razu na wstępie powiedziano nam, żebyśmy nie liczyli na to, że postrzelamy albo zrobimy cokolwiek innego, ponieważ nie ma pieniędzy. W związku z tym mamy siedzieć i czekać, aż nas wypuszczą. Jak państwo

domyślacie się, zajmowaliśmy się w ogóle czymś innym, a nie szkoleniem. To nie było nawet specjalnie zabawne.

Myślę, że większość z nas ma podobne doświadczenia. W tym kontekście takich moich niezbyt dobrych doświadczeń z tym szkoleniem wojskowym, odbudowanie tego medycznego pionu wojskowego nie uda się w ciągu ani pół roku, ani roku. To będzie trwało lata. Myślę, że w tym kierunku będą szły zamierzenia rządzących.

Chciałbym spytać, czy w związku z tym jesteście państwo przygotowani do bardziej intensywnego, logicznego szkolenia tych cywilnych kadr medycznych, które są, lekarzy i pielęgniarek. Czy są na to zabezpieczone środki, żeby te szkolenia nie wyglądały tak jak te, które pamiętam, tylko żeby rzeczywiście spowodowały wzmocnienie tej opieki potem na polu walki czy w momencie, kiedy szpitale cywilne będą musiały być przystosowane do leczenia napływających rannych? To tyle, jeżeli chodzi o mnie. Wydaje mi się, że w tej chwili powinniśmy pilnie obrać taki kierunek.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

Pan przewodniczący Jach, proszę uprzejmie.

Poseł Michał Jach (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, pani dyrektor, proszę państwa, te uwagi, które państwo zgłaszacie, są słuszne, tylko data jest chyba trochę za późna. Ta sytuacja służby zdrowia, o której mówił mój przedmówca pan poseł Douglas, wyglądała tak mniej więcej w 2016 r. Niestety nie lubię wracać do przeszłości, ale myślę, że pani dyrektor była zbyt delikatna. Szkoda, że nie pokazała, ilu podchorążych studiowało na Wydziale Wojskowo-Lekarskim w 2015 r. To było bodajże 26 osób, a zdawalność lekarskiego egzaminu państwowego na tym wydziale jednego roku wynosiła 74%. To jest jedna sprawa.

Druga sprawa to kwestia tej materialnej tkanki, szpitali i przychodni. Na przykład 109. Szpital Wojskowy w Szczecinie miał tylko jedno wspólne z wojskiem – nazwę. Nazywał się „wojskowy", natomiast pod żadnym względem nie był przygotowany nie tylko do pełnienia zadań na wypadek wojny czy zagrożenia wojennego, ale w ogóle dla wojska, a że tak powiem, inwestycje, czyli pędzel malarski czy murowany ostatnio był używany w tym kompleksie chyba za czasów Gierka. Tak to wszystko wyglądało. W Szczecinie była szczególna sytuacja, ponieważ położenie tego szpitala jest niezwykle atrakcyjne dewelopersko. W krótkim czasie najpierw pod kierownictwem pana ministra Macierewicza, następnie pana ministra Błaszczaka – tutaj oczywiście szczególne ukłony dla pani dyrektor Ostrowskiej, która jest niezwykle zaangażowana – ta sytuacja zmienia się diametralnie z roku na rok. Wiem, że tutaj te liczby, którymi pani dyrektor nas zasypywała, niektórych nużyły.

Proszę państwa, to jest pokazane w skali zmian, jakie dotyczą wojskowej służby zdrowia. Jestem przewodniczącym Komisji i to jest dla mnie jedna z życiowych oczywistych spraw. Panie pośle, to nie jest tak, że dopiero wojna na Ukrainie powoduje powstanie u nas jakiejś refleksji, ponieważ z konieczności przygotowywania wojskowej służby zdrowia zdawały sobie sprawę dwie ostatnie ekipy rządzące w MON-ie, ale więc jeszcze raz ministra Macierewicza i ministra Błaszczaka. Można by długo mówić o systemowej zmianie funkcjonowania wojskowej służby zdrowia, ale decyzje podjęto już kilka lat temu. W tej chwili jest to tylko realizowane. Oczywiście doświadczenia z wojny na Ukrainie jak z każdej wojny są czerpane, analizowane i wprowadzane. Natomiast warto podkreślić, że wojskowa służba zdrowia jest diametralnie zmieniana. Pan poseł sam powiedział, że rzeczywiście ta wojskowa służba była usypiana. Zresztą całe siły zbrojne były powoli likwidowane po 1989 r., gdy elity polityczne nie tylko w Polsce, ale w ogóle w Europie i na świecie uważały, że nadszedł oto czas wiecznego pokoju. Ci politycy, którzy mówili, że nie ma czegoś takiego i że zagrożenie istnieje, byli uważani za oszołomów.

Bardzo się cieszę, że mogę wystąpić na połączonych Komisjach. Jako przewodniczący Komisji Obrony Narodowej bardzo gorąco dziękuję wszystkim, podziękowania składam na ręce pani dyrektor Aurelii Ostrowskiej i pana ministra za to, co państwo zrobiliście i co dalej będziecie robić. To prowadzi polską wojskową służbę zdrowia w naprawdę

dobrym kierunku. Jesteśmy naprawdę bliscy osiągnięcia natowskich standardów w naszych działaniach. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję.

Jest jeszcze głos. Pan poseł, przepraszam, Tuduj, tak? Bardzo proszę.

Poseł Krzysztof Tuduj (Konfederacja):

Szanowni panowie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, mam jedno pytanie, ale jeśli panowie przewodniczący pozwolą, to na wstępie chciałbym złożyć najlepsze życzenia panu Januszowi Korwin-Mikkemu, który dzisiaj kończy 80 lat. Panie Januszu, jako członek Komisji Zdrowia życzę zdrowia, zdrowia i jeszcze raz zdrowia.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dołączamy się do tych życzeń, żeby było jasne.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Dziękuję.

Poseł Krzysztof Tuduj (Konfederacja):

Szanowni państwo, mam pytanie dotyczące szczepień na COVID i tego, jak państwo na to patrzą obecnie w tej sytuacji w wojsku, gdzie to szczepienie też nie jest wprowadzone na listę obowiązkowych szczepień, a jednocześnie zaszczepianie się jest intensywnie sugerowane. Uważam, że ta sytuacja jest z dużą szkodą dla autorytetu Sił Zbrojnych RP. To powinno być albo według rozkazu, albo to po prostu jest na liście obowiązkowych szczepień, albo nie. Pamiętam z ostatniego czasu jedną taką rozmowę z pielęgniarką, panią żołnierz w służbie czynnej, która stara się o dziecko i pytała mnie o to, że nie ma badań dotyczących wpływu na płodność tego preparatu, tak zwanej szczepionki, a jest na niej wymuszane, żeby była zaszczepiona. Podam przykład innej też bieżącej sytuacji. Mam wiedzę, że w jednej z jednostek spadochroniarze nie są dopuszczani do skoków w ramach represji za niezaszczepienie się. Tutaj jest takie pytanie. To obniża zdolności bojowe polskich Sił Zbrojnych. Widzimy to już dzisiaj. Nie nawiązuję już do przeszłości. Co było, minęło. Jest pytanie, jak to dzisiaj wygląda. Świat w tej materii luzuje. Czy tutaj też my nie powinniśmy odpuścić? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pozwólcie państwo, że też powiem na koniec dwa słowa. Chciałbym przede wszystkim bardzo podziękować panu ministrowi i pani dyrektor za bardzo ciekawe, bogate materiały. Dziękuję też wszystkim państwu, panu posłowi za zgłoszenie tego tematu do porządku prac Komisji. To jest naprawdę bardzo dobre, że mieliśmy to dzisiejsze posiedzenie i że na ten temat dyskutujemy. Rzeczywiście sytuacja jest zupełnie inna niż była chociażby rok temu. Te dane znakomicie pokazują to, że państwo zareagowaliście już kilka lat wcześniej i pewne zmiany nie tylko, jeżeli chodzi o liczbę studentów, ale jeżeli chodzi o różnego rodzaju inwestycje i inne działania są rzeczywiście w ostatnich latach realizowane.

Jednocześnie pozostajemy z całym szeregiem różnych problemów, które m.in. posłowie i Komisje powinni pomóc rozwiązać. Zresztą to padło tu dzisiaj również à propos szpitala w Wałczu, ale i nie tylko. Mogę o tym mówić o szpitalu w Bydgoszczy i o każdej innej placówce. Szanowni państwo, otóż wojskowa służba zdrowia w ogromnej części świadczy usługi dla wszystkich obywateli, nie tylko dla wojskowych. Jednocześnie przypomnijcie sobie państwo, że gdy analizujemy budżety w ochronie zdrowia, to mówimy i ogromnie cieszymy się z różnego rodzaju inwestycji ze środków publicznych w tym dziale dotyczącym ochrony zdrowia, które idą na jednak inne szpitale z wyłączeniem szpitali resortowych. Jak rozumiem, jest to realizowane z budżetów resortów. Wydaje mi się, chociaż oczywiście nie wiem, na ile to jest możliwe po prostu ot tak, ale jesteśmy tutaj niekonsekwentni. Jeżeli taki czy inny szpital realizuje świadczenia nie tylko w ramach określonego resortu, tylko dla wszystkich obywateli, to powinien partycypować, mieć możliwość korzystania ze środków inwestycyjnych, czy jeżeli chodzi o sprzęt,

czy jeżeli chodzi o po prostu rozbudowę infrastruktury w takim samym stopniu jak inne szpitale, na przykład uniwersyteckie. Skoro mówimy o przypadku Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy, należy stosować tutaj jakieś zrównoważenie. To jest jedna sprawa.

Druga sprawa jest związana ze szkoleniem. Słyszałem głosy kolegów. Tak, oczywiście ja też miałem szkolenie wojskowe w czasie studiów, obóz po studiach zakończony egzaminem oficerskim. Nie byłem już później wzywany, ale jak słyszałem, część kolegów było. Nie twierdzę, że dzisiaj jest taka konieczność. Być może jest, ale oczywiście nie wiem jaka byłaby reakcja tego młodego pokolenia chyba trochę inaczej nastawionego niż nawet nasze pokolenie do takich obowiązkowych szkoleń. Natomiast co do jednego jestem absolutnie przekonany, mianowicie w ramach różnych modułów specjalizacyjnych należałoby wzbogacić je choćby tylko w zakresie różnych sytuacji, które mogą być związane z takimi czy innymi działaniami wojennymi, o kontakt z różnymi substancjami i z różnymi rodzajami ran. Tu nie chodzi o budowanie teraz osobnego, wielkiego modułu w ramach takiej czy innej specjalizacji. Chodzi o dodanie przynajmniej jakiejś liczby godzin i zwrócenie na to większej uwagi, żeby w niestety bardziej niebezpiecznej sytuacji, którą mamy, niż ta, która była jeszcze nie tak dawno temu, aby jednak lekarze i oczywiście także pielęgniarki byli w większym stopniu niż do tej pory przygotowani na kontakt z nawet z tymi pacjentami, którzy być może dotrą zza wschodniej granicy do Polski.

Wreszcie ostatnia sprawa to jest ta, o której mówił pan poseł Sośnierz. Szpitale to już ten ostatni szczebel. Ważne jest też to, co jest bliżej poligonu czy na poligonie, czy blisko, jak to się mówiło za moich czasów, teatru działań wojennych. Nie wiem, czy dobrze to cytuję, czy pamiętam to dobrze ze szkolenia. Tak czy inaczej mówimy o możliwości rozwijania wystarczającej liczby szpitali polowych. Nie wiem, jak to wygląda. Wydaje się, że w znowu interesie wszystkich obywateli, nie tylko resortu, powinno być to, abyśmy w jak największym stopniu mieli możliwość rozwijania właśnie takich nowoczesnych szpitali polowych.

To tyle z mojej strony. Bardzo państwu dziękuję za niezwykle ważną dyskusję i bardzo ciekawe materiały, które państwo przedstawiliście.

Oddaję głos. Proszę o odpowiedź na pytania.

Podsekretarz stanu w MON Michał Wiśniewski:

Szanowni panowie przewodniczący, szanowni państwo, na nie wszystkie pytania uda się nam odpowiedzieć teraz. Natomiast obiecujemy, że na wszystkie pytania będą pisemne odpowiedzi na tyle, na ile one mogą być udzielone. Na nie wszystkie pytania jesteśmy w stanie odpowiedzieć w trybie jawnym. Potem przekażę głos panu generałowi i pani dyrektor. Odpowiadając bardzo króciutko od tyłu, jeżeli chodzi o szkolenie, pochylamy się nad tym. Jest to bardzo złożona materia. Chciałbym odpowiedzieć pisemnie na właśnie to pytanie, ponieważ jest kilka rozwiązań i dlatego też wszystko zostanie państwu dostarczone pisemnie w najbliższym czasie.

Większość z panów posłów pytała o to, czy bierzemy przykład z tego, co dzieje się za naszą wschodnią granicą. Chciałbym powiedzieć, że pan premier Mariusz Błaszczak powołał specjalny zespół, który ma przygotować wojskową służbę zdrowia na czas „P", na czas „K", oraz na czas „W". W tym zespole, na którego czele stoję, robimy analizę tego, w jaki sposób funkcjonują dzisiejsze procedury. Nakładamy na to kalkę, co dzieje się właśnie za wschodnią granicą. Odpowiadając od razu na pytanie pana prof. Maksymowicza, w jaki sposób to koreluje i oddziałuje na wszystkie doktryny naszych sojuszników, czyli NATO, większa część tych prac jest niejawna. Nie możemy na nie odpowiedzieć.

Natomiast odpowiadając na kolejne pytania, co z punktami mobilnymi, tutaj pojawiały się cały czas te same pytania, te same głosy. W tym zespole również pracujemy nad tym, kiedy, gdzie i w jaki sposób dostarczyć szpitale polowe oraz nałożyć to na mapę Polski, również specjalnie po to, o czym pan przewodniczący mówił, aby jak najszybciej kształcić w tych szpitalach polowych właśnie lekarzy na właśnie – nie daj, Boże – ten teatr wojny. Bez tego będzie nam trudno do tego podejść.

Odpowiadając na kolejne szybkie pytanie również na temat karetek, chciałbym tylko zauważyć, że tylko w tym kwartale zostało dostarczonych 20 nowych karetek do Sił Zbrojnych RP. Ich liczba będzie się sukcesywnie zwiększać. Odpowiadając również na pytanie pana prof. Maksymowicza, istnieje coś takiego jak Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. Akurat tak się złożyło, że jutro mamy spotkanie w tej sprawie w tym gronie, w którym tutaj siedzimy. Będziemy pracować nad tym, w jaki sposób uprościć pewne procedury i w jaki sposób przystosować to jeszcze bardziej do tego, w jaki sposób tak krew i ta instytucja może być przydatna w czasie „K" i w czasie „W", biorąc pod uwagę to, co się dzieje u naszych sąsiadów.

Odpowiadając na dalsze pytania, co się dzieje ze strefami zabezpieczenia, to tak jak pani dyrektor Ostrowska powiedziała, wysłałem pismo do Ministerstwa Zdrowia i również do Rządowego Centrum Legislacyjnego celem jak najszybszego wydzielenia szpitala w Ełku od szpitala w Lublinie, by te szpitale były odrębnymi podmiotami. To ułatwi nam pewne procedury unowocześniania tych dwóch szpitali wojskowych na ścianie północno-wschodniej.

Jeszcze à propos pytania pana posła Tuduja o szczepieniach, tutaj rozumiem, że padną jeszcze bardziej szczegółowe odpowiedzi, natomiast powiem dwa zdania. Wszystkie szczepienia, które odbywały się w szczególności w Wojsku Polskim, w Siłach Zbrojnych, były dobrowolne. Jeżeli mogę, przekazuję teraz głos panu generałowi.

Panie generale, proszę przekazać to, co możemy powiedzieć w trybie jawnym.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Oczywiście. Bardzo proszę, panie generale.

Inspektor rodzajów wojsk Dowództwa Generalnego Rodzajów Sił Zbrojnych gen. dyw. Sławomir Owczarek:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, gen. dyw. Owczarek, inspektor rodzajów wojsk, Dowództwo Generalne Rodzajów Sił Zbrojnych RP. Pani dyrektor Ostrowska przedstawiła tę gamę filaru klinicznego, można w sumie powiedzieć, że bardzo bliskiego i spiętego z Ministerstwem Zdrowia. Będę chciał przedstawić państwu w kilku zdaniach, jak to wygląda w jednostce wojskowej, jak to wygląda na poszczególnych poziomach dowodzenia i jak się szkolimy, żeby osiągnąć taką sprawność, żeby przejść z tej złotej godziny na maksymalnie najmniej tych minut. Kwadrans byłby bardzo trudny do osiągnięcia, ale chcemy urwać z tego jak najwięcej. Każdorazowo, tak jak i w tej chwili, po wybuchu tej tego konfliktu, czy jak był COVID, mieliśmy ostatnie spotkanie w lutym, na którym też byłem. Między innymi troszeczkę dostałem za tak zwany trzeci szpital polowy, o którym mówiłem. Ten trzeci szpital polowy buduje się.

W tym moim krótkim wystąpieniu dodam, że jest sześć zarządów w Dowództwie Generalnym Inspektora Rodzajów Wojsk. Jednym z zarządów jest Zarząd Wojskowej Służby Zdrowia, który koordynuje główne zadania, które przed nim stoją. Są to przede wszystkim monitorowanie przygotowania jednostek i pododdziałów służby zdrowia, a także kierunkowanie, co jest do doszkolenia, w jaki sposób szkolić i przede wszystkim w jaki sposób tę część i tę kadrę medyczną poddawać różnego rodzaju kursom, za chwileczkę powiem, gdzie, w jakich instytucjach, ale także jak zabezpieczyć szkolenie w danej jednostce wojskowej, a także szkolenie całości z tego przygotowania medycznego, sanitarnego, tak jak mamy w programach szkolenia. Cały czas w czasie budowy tych programów szkolenia czy różnego rodzaju nowego podejścia do kupowania nowego sprzętu i tak dalej bierzemy pod uwagę to, co się dzieje bardzo blisko, to, co mieliśmy z COVID-em, to, co mieliśmy i w dalszym ciągu mamy na Ukrainie. Widzimy, jakie są bezpośrednie i pośrednie straty na Ukrainie w stosunku do tak zwanych ilości czy tego frontu, który tam przebiega i jego oddziaływania. Doskonale to widzimy, gdzie powinniśmy zmierzać. Można powiedzieć, że na szczeblu NATO, ale także w Siłach Zbrojnych RP są różnego rodzaju konferencje i wymiana doświadczeń, gdzie przekładamy to na zdolności. Będę mówił o tych zdolnościach i o tym w jaki sposób to robimy.

Drugim takim głównym zadaniem jest przede wszystkim koordynowanie i monitorowanie wojskowego medycznego szkolenia specjalistycznego. Mamy centrum szkolenia w Łodzi. To centrum jest nie tylko w Łodzi, bo też jest centrum, tak pani dyrektor

przedstawiła to w dniu dzisiejszym, mówiąc o Wojskowym Instytucie Medycznym, gdzie ratownicy medyczni pielęgniarki poddawani są różnego rodzaju szkoleniem. Tam też jest ośrodek międzynarodowy. To, co było mówione przez pana posła odnośnie do Budapesztu – panie pośle, zapraszam do tego instytutu. Naprawdę nie mamy czego się wstydzić. Także Amerykanie wręcz przyjeżdżają się szkolić do naszego ośrodka.

Trzecia sprawa, czyli główny filar zadaniowy dowództwa generalnego to jest sprawowanie funkcji instytucji eksperckiej w stosunku do sprzętu wojskowego służby zdrowia. Dowódca generalny posiada w bezpośredniej podległości 1. Wojskowy Szpital Polowy w Bydgoszczy, 2. Wojskowy Szpital Polowy we Wrocławiu, Centrum Reagowania Epidemiologicznego Sił Zbrojnych RP. Pani dyrektor już tutaj mówiła przede wszystkim o tych mobilnych laboratoriach, które pracowały w czasie COVID-u. Ponadto są to Powietrzna Jednostka Ewakuacji Medycznej, 25. Brygada Kawalerii Powietrznej w Tomaszowie Mazowieckim i ten nowo formowany trzeci wojskowy szpital w Lublinie. Posiadamy także w podległości podmioty medyczne. Są to przychodnie. One są usytuowane w bazach lotniczych, a także w portach marynarki wojennej. Do tego w każdym wojskowym oddziale gospodarczym w Inspektoracie Wsparcia Sił Zbrojnych jest przychodnia, ambulatorium, gdzie żołnierz może udać się w celu uzyskania porady medycznej.

Przez ten okres, gdy stany osobowe Sił Zbrojnych były jednoznacznie zmniejszane, traciliśmy te struktury. Odnosząc się do tego, co powiedział pan poseł, na chwilę obecną nie ma tego batalionu medycznego na szczeblu dywizji. Są szpitale polowe, o których mówiłem. Kiedyś był batalion medyczny. Te bataliony medyczne zostały rozformowane i te struktury zostały zmniejszone. W tej chwili odbudowujemy struktury. Robimy to w taki sposób, jak to robią Amerykanie i jak mówią różnego rodzaju procedury natowskie. Osadzamy to wszystko na różnych poziomach zabezpieczenia medycznego. Tym najniższym poziomem jest pierwsza pomoc na polu walki, można powiedzieć, kolega koledze. Pierwszy poziom jest na szczeblu każdego batalionu dywizjonu. Rozwijany jest zespół medyczny. To są m.in. te pojazdy medyczne i sanitarne, które mamy. Część jest w namiotach. Tutaj pan minister już po części powiedział, do czego zmierzamy, jeżeli chodzi o to, żebyśmy byli przede wszystkim mobilni. Co tam się dzieje, to zaawansowane zabiegi ratujące życie, kwalifikowana pomoc medyczna, segregacja, reanimacja i stabilizacja funkcji życiowych. Tam są lekarze, ratownicy i pojazdy sanitarne. Jest to już jedno z tych ramion ewakuacji rannych.

Struktura organizacyjna poziomu drugiego to brygada zmechanizowana, brygada pancerna, brygada zmotoryzowana, oddział pułku artylerii, pułk przeciwlotniczy, pułk rozpoznawczy, pułk logistyczny. Na tym szczeblu rozwijany jest poziom drugi. To są grupy zabezpieczenia medycznego, natomiast na skrzydłach mamy kompanie medyczne. Tutaj realizowane są czynności ratunkowe z segregacją diagnostyczno-prognostyczną oraz chirurgią ratunkową.

Przechodzimy do poziomu trzeciego. Poziom trzeci to jest to, o czym mówiłem, czyli 1. i 2. Wojskowy Szpital Polowy i ten trzeci szpital, który w tej chwili jest sformułowany. Tu już jest ta intensywna opieka medyczna, opieka pielęgniarska i zaplecze diagnostyczne.

Poziom czwarty jest tym poziomem, który przedstawiała pani dyrektor. To są te wszystkie szpitale kliniczne, wojskowe, a także szpitale cywilne Ministerstwa Zdrowia. Robimy to i działamy zgodnie z tym, jak to mają przyjęte najlepsze armie. Mamy starszego lekarza dywizji, szefa służby zdrowia, osobę bezpośrednio podległą dowódcy dywizji, żeby na szczeblu związku taktycznego dywizji te wszystkie poziomy funkcjonowały. To samo jest na szczeblu brygady tylko na poziomie brygady i w praktyce kończymy na szczeblu oddziału.

Patrząc na lekarzy, chciałbym troszeczkę odejść od tych rzeczy. Też było takie pytanie, co z lekarzami. Chcę powiedzieć tak. Ci lekarze przychodzą do nas po studiach. Na przykład mamy to tutaj jeszcze na slajdzie. Przychodzą do nas absolwenci. Ci absolwenci idą do jednostek wojskowych na te najniższe stanowiska, które są przypisane do szczebla dowódcy plutonu. Większość z nich trafia na obróbkę do wojskowych szpitali polowych. Zaczyna się ich specjalizacja. Są kierowani zgodnie z planem specjalizacji do odpowiedniego szpitala. Tam w dalszym ciągu zostają poddawani kształceniu i przygotowywaniu

do uzyskania specjalizacji. Patrząc z tego punktu widzenia ten lekarz jest troszeczkę za krótko w jednostce wojskowej w stosunku do terminu i czasu robienia tej specjalizacji. Musimy to jakoś pogodzić. W pierwszej kolejności patrzymy na to, że chcemy mieć dobrego lekarza. Teraz, jeżeli popatrzymy, jak ten lekarz jest już u nas po tej specjalizacji, 95–96% personelu medycznego – mówię o lekarzach, pielęgniarkach – mają zgodę dowódców jednostek do realizacji zadań tych praktyk medycznych na pracę w szpitalach cywilnych. Teraz wracam, bo tu chciałem powiedzieć coś, co jest bardzo ważne. Ci lekarze i tak samo te pielęgniarki to oni stanowią 95–96% personelu medycznego, to doskonale odczuliśmy w COVID-zie. Jeżeli mieliśmy za zdanie zabezpieczyć pewne rzeczy, to też musieliśmy przeanalizować, gdzie ten lekarz wojskowy z naszych jednostek wojskowych jest ważniejszy. Czy jest ważniejszy w tym szpitalu, gdzie został oddelegowany i miał zgodę na pracę, czy na przykład w szpitalu tymczasowym? To były dylematy na naszym poziomie.

Jeżeli chodzi o szkolenia, jeżeli chodzi o każde ćwiczenie, o te procedury, które są w armiach natowskich, to powiem tak. Co nam dają te procedury, o których tutaj mowa, ta interoperacyjność, planowanie, organizowanie ćwiczeń wojskowych, polsko -amerykańskich ćwiczeń sojuszniczych i nie tylko? Już praktycznie w każdym ćwiczeniu od poziomu brygady, pułku skład ćwiczących jest składem międzynarodowym. Ściągamy wszystkie wzorce. Mało tego, oprócz zabezpieczenia medycznego ćwiczeń, które robimy, bo musimy je zabezpieczyć medycznie, ta druga ekipa jest normalnie ćwicząca i oceniana. Tu nie ma tego rozejścia, że ten sam robi to samo. Nie. Staramy się, żeby ten który podlega ocenie, podlega ćwiczeniu i zgrywaniu tej interoperacyjności to robił, natomiast pozostałe rzeczy zabezpieczenia medycznego robi druga ekipa.

Chciałbym też powiedzieć kilka słów odnośnie do planowanego wzrostu gotowości. Jest wykonywanych szereg prac planistycznych na szczeblu Ministerstwa Obrony Narodowej, na szczeblu Sztabu Generalnego Wojska Polskiego i na szczeblu Dowództwa Generalnego Rodzajów Sił Zbrojnych. Co do Dowództwa Generalnego Rodzajów Sił Zbrojnych, tutaj pokrótce razem z ministerstwem odniosę się do tych spotkań, o których powiedział pan minister. Bierzemy udział w tych spotkaniach. Po prostu każdy w swoim zakresie musi zbudować najlepsze rozwiązania. Teraz chciałbym powiedzieć, na czym to polega. Przede wszystkim chcemy odtworzyć struktury, ale nie wszystkie. Batalion medyczny na szczeblu dywizji to już jest stara nazwa. To jest wojskowy szpital polowy. W tym kierunku na poziomie dywizji będziemy kierować nasze szpitale polowe. Na chwilę obecną mamy dwa gotowe, jeden w formowaniu. Jeszcze planistycznie jest podejmowana decyzja, ile ich będzie i gdzie. To samo jest z tym drugim poziomem grup zabezpieczenia medycznego na poziomie oddziału, o którym mówiłem. Doskonale wiemy, że zwiększamy Siły Zbrojne Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z ustawą o obronie Ojczyzny. Wiemy, że powstaną nowe oddziały, nowe związki taktyczne. Patrząc na budowę wojskowej służby zdrowia te struktury tam będą. Mam tutaj na myśli poziom pierwszy, drugi i trzeci.

Pani dyrektor też tutaj powiedziała troszeczkę na temat tych zdolności blisko związanych z biologią, chemią, o Centrum Reagowania Epidemiologicznego Sił Zbrojnych, WOMP-ach i tak dalej. Ma też miejsce rozbudowa naszej jednostki w stosunku do CRESZ-u, ale należy na to patrzeć jako na bardzo bliską współpracę z chemikami.

Chciałbym teraz jeszcze powiedzieć, że te zdolności, o których mówiłem, omawiając jedynkę, dwójkę i trójkę, są budowane i rozbudowywane w oparciu o pakiet celów Sił Zbrojnych NATO. Skończyliśmy edycję 2017. Mamy edycję 2021, gdzie na poszczególnych poziomach mamy szczegółowo opisane, do czego mamy dążyć. Te poziomy nie wyglądają tak, że zakładamy sobie i mamy to robić ileś tam czasu. Nie. Do roku 2017 mamy osiągnąć to tymi i tymi jednostkami, do 2026 r. tymi jednostkami, do 2030 r. tymi jednostkami, tak że mamy to zrobione w jakim kierunku i do czego dążymy w stosunku do tego pakietu celów NATO edycji 2021. Ponadto mamy doktrynę DD/4.1, gdzie jest opisana całość wojskowej służby zdrowia i to, w jaki sposób mamy tutaj realizować te zadania. Oprócz tych celów i oprócz zakupów, o których powiedział pan minister, muszę powiedzieć, że pracujemy zgodnie z pakietem wsparcia, z Programem Rozwoju Sił Zbrojnych i z planami pochodnymi, których część wymieniła pani dyrektor.

Jeżeli chodzi o te pojazdy sanitarne, to też musimy rozróżnić karetki pogotowia od pojazdów sanitarnych. Karetka jest pojazdem pogotowia. U nas w wojskach operacyjnych są pojazdy sanitarne. Są specyficzne jednostki wojskowe, gdzie są karetki pogotowia, bo muszą być. Jest to wymagane z tak zwaną zdolnością danej jednostki w wykonywaniu przez daną jednostkę jej zadań.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Najmocniej przepraszam, panie generale. Jest taka gorąca prośba.

Inspektor rodzajów wojsk DG RSZ gen. dyw. Sławomir Owczarek:

Skończyłem.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Właśnie. Wcześniej było bardzo szerokie wprowadzenie. Teraz koncentrujemy się bardziej na odpowiedziach na pytania, które padły. Najmocniej o to bym prosił.

Dobrze. Jak rozumiem, jeszcze pani dyrektor. Proszę.

Dyrektor departamentu MON Aurelia Ostrowska:

Chciałabym powiedzieć, że odniesiemy się na piśmie do wszystkich pytań i problemów, które zostały tutaj zgłoszone. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję.

Pani poseł Siarkowska. Pani poseł, bardzo proszę, naprawdę dwa zdania.

Poseł Anna Maria Siarkowska (PiS):

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, Wysokie Komisje, nie zamierzałam zabrać głosu, ale wskutek tych słów, które padły ze strony pana ministra w odpowiedzi na pytanie pana posła Tuduja, niestety poczułam się wywołana do tablicy. To nie może w ten sposób zostać w protokole. Te informacje, które pan minister udzielił, są nieadekwatne.

Panie ministrze, powiedział pan, że szczepienia w wojsku były dobrowolne. Tymczasem mamy świadomość tego, że żołnierze nie mogli uczestniczyć w szkoleniach, w ćwiczeniach, w misjach zagranicznych, mieli blokowane awanse i nagrody. Tego nie można nazwać dobrowolnością. Co więcej, rozkaz szefa Sztabu Generalnego Wojska Polskiego z 18 lutego, który właśnie ograniczał możliwość brania udziału w ćwiczeniach przez żołnierzy, spowodował, że ośmiu pilotów F-16 zostało wyłączonych z latania. Rozkaz został wykonany w 2 Skrzydle Lotnictwa Taktycznego tam, gdzie latają F-16, natomiast rozkazu nie wykonano w 1 Skrzydle Lotnictwa Taktycznego.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, wiemy, o co chodziło.

Poseł Anna Maria Siarkowska (PiS):

Chwileczkę. To jest istotne.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, miało być krótko. Bardzo proszę.

Poseł Anna Maria Siarkowska (PiS):

Spowodowałoby to utratę możliwości pełnienia dyżuru bojowego. Ten rozkaz został zmieniony decyzją MON dopiero około sierpnia tego roku.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, sprawa jest jasna, co pani kwestionuje.

Poseł Anna Maria Siarkowska (PiS):

Panie przewodniczący, bardzo proszę. Naprawdę mówię bardzo krótko i już kończę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

No właśnie nie.

Poseł Anna Maria Siarkowska (PiS):

Teraz skutek jest taki, że przez pół roku kilku pilotów latało wbrew rozkazowi szefa Sztabu Generalnego, ponieważ skutkowałoby to utratą zdolności bojowej. W przypadku zaistnienia wypadku z udziałem takiego pilota straty byłyby ogromne. Po pierwsze, ta kwestia powinna podlegać wyjaśnieniu. Po drugie, powinniśmy mieć informacje, w jaki sposób ta decyzja wpłynęła na zdolności polskich Sił Zbrojnych RP. Wiemy o tym, co częściowo właśnie działo się w lotnictwie. Takie sytuacje mogły być również w innych rodzajach Sił Zbrojnych RP. W tej sytuacji uważam, że powinniśmy pochylić się również nad tym, bo sprawa jest poważna. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy pan minister chce odnieść się do tego, czy nie? Na piśmie, tak? Dobrze. Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie Komisji.